

درک پرستاران از عوامل مؤثر بر آموزش به بیمار: تحلیل محتوای کیفی

رقیه صدیقی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: آموزش به بیمار، یکی از اجزای مهم و ارزشمند و از جمله شاخص‌های عملکرد پرستار حرفه‌ای و نشان دهنده توسعه حرفه‌ای می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران از عوامل مؤثر بر آموزش به بیمار انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع کیفی بود و در آن ۲۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۹۳-۱۳۹۲ بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها ضبط و سپس دست‌نویس گردید و با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم و به روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: به دنبال تحلیل داده‌ها، ۳ درون‌مایه اصلی و ۶ درون‌مایه فرعی استخراج شد. درون‌مایه‌های اصلی شامل «عوامل سازمانی، عوامل محیطی - فرهنگی و عوامل فردی» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش برخی از عوامل تأثیرگذار در آموزش به بیمار را بر اساس تجارب پرستاران شناسایی کرد. بنابراین، انجام مداخلات مدیریتی و سازمانی دقیق و مهیا نمودن شرایط لازم جهت آموزش به بیمار توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: آموزش به بیمار، پرستار بالینی، تحقیق کیفی

ارجاع: صدیقی رقیه. درک پرستاران از عوامل مؤثر بر آموزش به بیمار: تحلیل محتوای کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۱): ۱-۱۰.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۷

Email: sodeify@yahoo.com

۱- استادیار، گروه پرستاری، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران
نویسنده مسؤول: رقیه صدیقی

مقدمه

افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و نیاز به بستری شدن مددجویان، به چالش قرن حاضر در بخش بهداشت و درمان تبدیل شده است. مطالعات نشان می‌دهد که نیمی از مردم آمریکا تا سال ۲۰۲۰ حداقل با یک بیماری مزمن زندگی خواهند کرد و شواهد مرتبط با سایر کشورها مانند انگلستان، کانادا، چین و ایران، حاکی از افزایش بیماری‌های مزمن در بین جمعیت این کشورها می‌باشد. به عنوان مثال، به طور متوسط هر ۴۵ ثانیه یک سکته مغزی اتفاق می‌افتد و هر ۳ دقیقه یک نفر را می‌کشد (۱). طبق آمار موجود، در هر دقیقه ۶ نفر در اثر ابتلا به دیابت جان خود را از دست می‌دهند و از سوی دیگر، در هر دقیقه ۱۲ نفر دیگر به دیابت مبتلا می‌گردند. خطر اولسراسیون و قطع پا در بیماران مبتلا به دیابت وجود دارد. همچنین، میزان عود سالانه زخم دیابتی در سال اول ۳۴ درصد، در سال سوم ۶۱ درصد و در سال پنجم ۷۰ درصد می‌باشد (۲). بنابراین، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و سالمندی جمعیت، مشارکت پرستاران در الگوهای جدید مراقبت و کمک به مددجویان در مراقبت از خود را می‌طلبد (۳). در واقع، زندگی با بیماری مزمن و بستری شدن در بیمارستان، به سازش و تطابق با موقعیت جدید نیاز دارد که نیاز به کمک و آموزش در این خصوص افزایش می‌یابد (۴).

آموزش به بیمار عبارت است از ترکیبی برنامه‌ریزی شده از فعالیت‌های آموزشی به منظور کمک به افرادی که در حال تجربه کردن یک بیماری هستند تا بتوانند به گونه‌ای رفتار خود را تغییر دهند که این تغییر موجب حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها شود (۵، ۶). فلسفه آموزش به بیمار به کارگیری اطلاعات و مهارت‌های آموخته شده برای کنترل و کنار آمدن هرچه بهتر با بیماری توسط بیمار است که از جنبه‌های مهم بهبود کیفیت مراقبت و جزء حقوق بیمار به شمار می‌رود و توسط تیم مراقبتی به ویژه پرستاران اجرا می‌شود. آگاه کردن بیمار و سهیم نمودن او در تصمیم‌گیری، بهبودی را سرعت می‌بخشد و زمان اقامت در بیمارستان را کاهش می‌دهد و از پذیرش مجدد در بیمارستان می‌کاهد. بنابراین، از نظر

اقتصادی و اجتماعی اهمیت زیادی دارد (۷). آموزش به بیمار یکی از اجزای مهم و ارزشمند و از شاخص‌های عملکرد پرستار حرفه‌ای به شمار می‌رود (۸، ۹).

پرستاران به عنوان بیشترین اعضای تیم بهداشتی-درمانی (۷۰ درصد)، نقش بسیار عمده‌ای در آموزش به بیمار دارند. نقش پرستار به عنوان آموزگار، قدمت دیرینه‌ای دارد و از زمانی که پرستاری به عنوان یک حرفه قانونمند شناخته شد، آموزش دادن نیز یکی از نوآوری‌های مهم مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی توسط پرستاران در نظر گرفته شده است (۱۰). آموزش به بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مهم آن بارها در تحقیقات بیان شده است. از جمله این که آموزش به بیمار باعث کاهش استرس و اضطراب بیمار و افزایش دانش او، کاهش مصرف داروهای مخدر پس از جراحی، بهبود کیفیت زندگی، رضایت مددجو و تبعیت از رژیم درمانی و کسب استقلال می‌گردد. فردی که در زمان بیماری آموزش‌های مورد نیاز را دریافت می‌کند، به دلیل برآورده شدن یکی از نیازهای انسانی، در خود احساس امنیت و آرامش می‌کند (۱۱، ۱۲).

با وجود اهمیت زیاد آموزش به بیمار، شواهد نشان می‌دهد نه تنها در ایران، بلکه در بیشتر کشورها پرستاران و دیگر اعضای تیم بهداشتی توجه کمتری به این نقش خود دارند و آموزش به بیمار در سطح رضایت‌بخشی نیست. Eloranta و همکاران طی تحقیقی مروری، به این نتیجه رسیدند که هیچ تغییر مثبتی در مهارت‌های آموزش به بیمار و اجرای آن در دهه اخیر روی نداده است (۱۳). بنابراین، لازم است موانع موجود در اجرای این فرایند هرچه بیشتر مورد توجه قرار گیرد. مطالعات صورت گرفته ابعاد مختلفی از عوامل مؤثر در آموزش به بیمار را برشمرده‌اند. اشغلی فراهانی و همکاران در پژوهش خود، عدم آشنایی تیم درمان به خصوص پرستاران با رفتارها و باورهای فرهنگی بیماران را از جمله موانع آموزش به بیمار بیان کردند (۱۴). حکمت‌پو و همکاران وجود نقص آموزشی از دوران دانشجویی در پرستاران و سرفصل نامناسب واحد درسی آموزش به بیمار و همچنین، کم‌توجهی به مسایل بالینی پرستاران را از عوامل آسیب‌رسان عنوان نمودند (۱۵). سایر

تحقیقات نیز با رویکردی کمی، عللی همچون کمبود نیروی انسانی و خدمات و امکانات بیمارستانی، در دسترس نبودن خدمات آموزشی، نگرش منفی کارکنان، کمبود همکاری پرستاران و فرهنگ سازمانی نامناسب را به عنوان مانع آموزش به بیمار گزارش کردند (۱۶-۱۹).

با وجود شناسایی برخی موانع در مطالعات با رویکرد کمی، مشکل همچنان از بین نرفته است و پژوهشگر در تجارب بالینی خود به عنوان مربی بالینی آموزشی، شاهد عدم آموزش کافی به بیماران و نارضایتی بیماران از این امر می‌باشد. این موضوع نشان می‌دهد که آموزش به بیمار از جمله عوامل متعدد و پیچیده‌ای است که باید از تجارب و اداراک پرستاران در این زمینه کمک گرفت. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل تأثیرگذار بر آموزش به بیمار با رویکردی متفاوت و بر اساس درک و تفسیر مشارکت‌کنندگان (پرستاران) انجام شد. از آنجایی که تحقیقات کیفی توانایی کشف عمق و پیچیدگی‌های ذاتی یک پدیده و تصدیق دانش به وسیله تجارب افراد درگیر با پدیده مورد نظر را دارند، از رویکرد کیفی برای رسیدن به هدف مطالعه استفاده کرد.

روش

این تحقیق از نوع تحلیل محتوا بود که با رویکرد کیفی انجام گرفت. پژوهشگران در تحقیق کیفی سعی در ایجاد معنا برای پدیده‌ها و تعبیر و تفسیر آن‌ها بر حسب معانی ارایه شده توسط مردم در جایگاه طبیعی‌شان دارند (۲۰). تحلیل محتوا فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک داده‌ها است که از طریق آن، کدها و درون‌مایه‌ها نمایان می‌شود (۲۱). متناسب با پژوهش کیفی، نمونه‌گیری با روش هدفمند شروع شد و با نمونه‌گیری نظری و حداکثر تغییرپذیری انجام شد. در نمونه‌گیری هدفمند پژوهشگر به دنبال کسانی است که تجربه غنی از پدیده‌های مورد بررسی و همچنین، توانایی و تمایل بیان آن را داشته باشند (۲۲).

مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر از بین پرستاران بالینی مشغول به کار در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل

داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، سابقه کاری بالینی حداقل به مدت یک سال و تمایل به بیان تجربیات بود. داده‌ها به روش مصاحبه و یادداشت‌برداری در عرصه جمع‌آوری گردید. به این ترتیب که در ابتدا پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان مراجعه نمود و با بیان هدف پژوهش و در صورت تمایل به شرکت در تحقیق، وقت مصاحبه از آن‌ها گرفت. سؤالات باز به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی گردید که پاسخ باز و تفسیری داشتند و سؤالات پیگیرانه به دنبال پاسخ افراد پرسش می‌شد. سؤال کلی که در مصاحبه‌ها از پرستاران پرسیده می‌شد عبارت بود از این که «چه عواملی بر انجام نقش آموزشی شما به عنوان پرستار اثر می‌گذارد؟». با ادامه مصاحبه، سؤالات جزئی‌تری در ارتباط با عوامل تأثیرگذار (بازدارنده یا تسهیل کننده) از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. مدت مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا یک ساعت و ۵۰ دقیقه متغیر بود و بعضی از شرکت‌کنندگان بر حسب لزوم دو بار مورد مصاحبه قرار گرفتند. یادداشت در عرصه، یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها بود که با حضور محقق در محیط بخش و در شیفت‌های مختلف انجام شد. ثبت یادداشت در عرصه در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از اتمام آن به صورت مشروح انجام گرفت. به طور کلی، ۲۰ مصاحبه و ۵ یادداشت در عرصه تا رسیدن به اشباع نظری با ۲۰ پرستار انجام گرفت. اصل راهنما در نمونه‌گیری پژوهش‌های کیفی، اشباع داده‌ها می‌باشد تا جایی که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید (۲۲).

همزمان با جمع‌آوری اطلاعات، فرایند تحلیل داده‌ها نیز انجام می‌گرفت. مصاحبه‌های ضبط شده بر روی نوار نسخ‌برداری شد. با توجه به این که تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در داده‌ها غوطه‌ور شود، برای این منظور، محقق مصاحبه‌ها را چندین بار گوش داد و متن دست‌نوشته‌ها را چندین بار مرور کرد. سپس واحدهای معنی از گفته‌های شرکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه استخراج گردید. کدها نیز بر اساس تشابه معنایی و مفهومی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات فرعی و اصلی جریان داشت.

پرستاران از عوامل مؤثر بر آموزش به بیمار دارای ابعاد گسترده‌ای است که برخی از آن‌ها در جدول ارائه شده است.

عوامل سازمانی: پرستاران یکی از عوامل و موانع آموزش به بیمار را «حمایت ناکافی مدیران و عدم برنامه‌ریزی مناسب» می‌دانستند. آن‌ها اذعان داشتند که مدیران از اقداماتی مانند پاداش‌های مالی، تشویق و حتی قدردانی کلامی برای پرستارانی که تعهد کاری دارند و سعی می‌کنند کیفیت مراقبت را افزایش دهند، استفاده نمی‌کنند و پرستارانی که آموزش می‌دهند با آن‌هایی که به این موضوع بی‌توجه هستند، فرقی ندارند. این عامل باعث احساس کاهش انگیزه و انرژی آن‌ها می‌شود.

یکی از پرستاران در این باره گفت: «اینجا از لحاظ کارانه هیچ فرقی نمی‌دارند. نوبتی به همه می‌دهند. این کارشون درست نیست، باید اینو بسپارند به سرپرستار و اون هم همه را بذاره زیر ذره‌بین و به کسی که استحقاقش را داره و تلاش کرده بده. تو اینجا این‌طوری نیست باید صبر کنی تا نوبت برسه» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

برخی از پرستاران بیان کردند: «فرقی نمی‌کند بین پرستاری که خدمت صادقانه می‌کند و همراه با مراقبت آموزش هم می‌دهد، با کسی که همین جوری شیفت می‌گذراند؛ حتی شاید اون از جایگاه بهتری پیش مسؤولان برخوردار باشه» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

عدم تکریم مافوق از پرستار، از جمله عوامل دیگر سازمانی بود. پرستاران اعتقاد داشتند که عدم قدرشناسی مسؤولان، عامل بازدارنده در درک حمایت از نقش آموزشی

در نهایت، داده‌ها در طبقات اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بودند، قرار گرفت و درون‌مایه‌ها انتزاع گردید (۲۳).

در طول مطالعه روش‌های خاصی به منظور اطمینان از صحت استحکام داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. مقبولیت داده‌ها با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آن‌ها و همچنین، درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها حاصل شد. علاوه بر این، دو استاد صاحب‌نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی، تمام فرایند تحقیق را نظارت و حسابرسی کردند. استفاده از روش تلفیق یعنی روش مصاحبه و یادداشت در عرصه و همچنین، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، انتقال‌پذیری داده‌ها را فراهم می‌آورد (۲۴).

کلیه ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه به شماره ۸۹۰-۱۲ و کمیته اخلاق و اخذ رضایت مشارکت‌کنندگان و حفظ گمنامی آنان و اختیاری بودن خروج از پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر در بازه سنی ۲۶ تا ۴۵ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان ۳۰/۹ سال بود. ۴ مرد و ۱۶ زن با مدرک کارشناسی (۱۳ نفر) و کارشناسی ارشد (۷ نفر) و میانگین سابقه کار ۶ سال (۱۲-۲ سال) در مطالعه شرکت کردند.

تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از مصاحبه منجر به استخراج سه درون‌مایه اصلی شد (جدول ۱) که شامل «عوامل سازمانی، عوامل فرهنگی- محیطی و عوامل فردی» بود. درون‌مایه‌های اصلی حاصل شده نشان داد که تجارب

جدول ۱. کدهای اولیه، زیرطبقات و درون‌مایه‌های حاصل از مصاحبه با شرکت‌کنندگان

درون‌مایه اصلی	زیرطبقات	کد اولیه
عوامل سازمانی	حمایت ناکافی مدیران، مهیا نبودن شرایط آموزش	بی‌میلی به آموزش به علت عدم تشویق از طرف مسؤولان، عدم قدرشناسی مافوق از پرستار، نقص در سیستم پاداش‌دهی، نبود امکانات مناسب برای آموزش به بیمار، نبود مطالب کافی و اختصاصی آموزش به بیمار، عدم دسترسی به منابع علمی، به‌روز نبودن پرستاران، عدم تناسب محتوای آموزشی با نیازهای آموزشی کارکنان، عدم آموزش کافی از طرف دانشکده‌ها
عوامل محیطی و فرهنگی	شرایط نامناسب کاری، عدم اعتماد بیمار و همراهان بیمار به پرستار	ساعات کاری زیاد، بار کاری زیاد، عدم تناسب تعداد بیمار و پرستار، عدم اعتماد بیماران به پرستاران، عدم اعتماد همراهان بیمار به پرستار، شناخت ناکافی بیماران از دانش پرستار
عوامل فردی	باورهای مذهبی، تمایلات انسان‌دوستانه	کسب رضایت خداوند، اعتقاد به اجر معنوی پرستاری از بیمار، اعتقاد به دعای خیر بیماران عشق ورزیدن به بیمار به عنوان انسان، لذت بردن از کمک‌رسانی به هم‌نوع

آنان می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود: «من همیشه سعی می‌کنم حتی در شیفت‌های شلوغ به بیمار آموزش بدم و وقتی می‌بینم بیمار نیازی دارد بهش اطلاعات می‌دم، ولی مدیران قدردانی نمی‌کنند» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱).

یکی دیگر از پرستاران عنوان نمود: «تشویق و پاداشی در کار نیست... درسته وظیفمون هست آموزش بدیم، ولی اگه مسئولان زبانی هم تشکر بکنند، انرژی ما بیشتر می‌شه» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

از مصاحبه‌های عمیق با پرستاران «عدم برنامه‌ریزی مناسب و مهیا نبودن شرایط آموزش» نیز از دیگر ابعاد عوامل سازمانی استنباط گردید. آن‌ها جهت آموزش به بیمار به ابزار و منابع علمی و شواهد و مقالات جدید دسترسی ندارند و حتی اتاق و فضای خاصی در بخش که بتوان در آن‌جا آموزش داد، نیز وجود ندارد و در این مورد برنامه‌ریزی خاصی انجام نشده است.

یکی از پرستاران در این زمینه بیان کرد: «اگه در کاری که انجام می‌دهم دانش و اطلاعاتم مناسب باشه، من می‌تونم با قدرت بیشتری برای آموزش تصمیم‌گیری کنم، ولی چون دسترسی نداریم و منابع اینترنتی و کتابخانه‌مون نقص داره، آموزش دادن محدود به چیزهای بسیار روتین و معمولی می‌شه» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

«برنامه دقیقی برای آموزش وجود نداره... هر کلام از ما به مقداری آموزش می‌دیم و این که حتماً فرایند وار و جدید باشه». «ما اتاق خاصی برای این کار نداریم؛ اتاقی که در بخش دارای امکانات سمعی و بصری باشه. بنابراین، آموزش ما محدود می‌شه به آموزش‌هایی که در کنار تخت بیمار و زبانی بیان می‌کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۵).

«یه سری پمفلت تو بخش هست، ولی بدون توجه به نیازهای منحصر به فرد هر بیمار است، مثلاً برای دیابت نمی‌شه به چند نکته اکتفا کرد» (مشارکت‌کننده شماره ۷).

عوامل محیطی - فرهنگی: این درون‌مایه شامل شرایط نامناسب کاری و عدم اعتماد بیمار و همراهان او به پرستار می‌باشد. شرایط نامناسب کاری یا محیطی شامل ساعات کاری زیاد، بار کاری زیاد، عدم تناسب تعداد بیمار و پرستار و عدم اعتماد بیماران به پرستاران بود که ذکر شد.

همچنین، پرستاران معتقد بودند که بیماران و همراهان آنان شناخت کافی نسبت به دانش آن‌ها ندارند و این امر منجر به عدم اعتماد به آموزش‌های ارائه شده از طرف آنان می‌شود.

«بیماران برای آموزش‌های پرستاران ارزش قایل نیستند. هنوز این فرهنگ جا نیفتاده که پرستار همه این دروس و واحدها را گذارنده و فردی آگاه است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸).

«فرهنگ‌سازی مناسب برای این که جامعه پرستار را قبول کنه و آموزش‌های او را دریافت کنه، وجود نداره... مثلاً صدا و سیما بیاد از پرستاران برای آموزش بیماری‌ها و پیشگیری استفاده کنه. همیشه از پزشک استفاده می‌کنند» (مشارکت‌کننده شماره ۲۰).

عوامل فردی: این درون‌مایه از درون‌مایه‌های فرعی «باورهای مذهبی و تمایلات انسان‌دوستانه» تشکیل شده است.

باورهای مذهبی: یکی از عوامل تسهیل‌کننده آموزش به بیمار، اعتقادات و باورهای مذهبی پرستاران بود. این عامل باعث می‌شد پرستاران کار آموزش به بیماران را انجام دهند و به عوامل بازدارنده توجه کمتری کنند و انگیزه کاری بگیرند. آن‌ها ارتباطات نامناسب از طرف مافوق، بیمار یا همراهان بیمار، عدم حمایت مدیران و... را به امید گرفتن پاداش و اجر معنوی و اجتناب از احساس گناه و به دلیل با ارزش بودن پرستاری از بیماران از نظر مذهبی تحمل می‌کردند. در واقع، بیانات پرستاران حاکی از آن بود که با وجود این که آن‌ها مشکلات و استرس‌های زیادی را در محیط کار تجربه می‌کردند، اما اعتقادات و باورهای مذهبی به عنوان نیروی قوی‌تر و نوعی کنترل درونی، باعث تغییر نگرش آن‌ها و معنایابی و ارزش‌دهی به کار (آموزش) می‌شد.

«تشویق‌ها اول از همه پیش خداست... بعد وجدان خودمان و تشویق مالی یا کلامی زیاد مهم نیست» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

پرستار دیگری بیان نمود: «چون من کارم را دوست دارم، با روحیه به کارهایم می‌رسم؛ حتی اگه مریض برخورد نامناسب داشته باشه، تو کار مریض کم‌کاری نمی‌کنم و گرنه احساس گناه می‌کنم. همین که آدم فکر کنه به خاطر خدا کار درست انجام می‌ده، کافیه» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

مشکلات ما نیست. اون خودش به کمک ما نیاز داره و من دوست دارم نیاز اونو برطرف کنم. من نمی‌تونم به خاطر تبعیض در دادن کارانه یا برخورد فلان مسؤول، آموزش ندیم» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

«احساس می‌کنم مریض تو بخش ویژه مثل یک نوزاد هست که اگه ازش مراقبت کنی، کردی و گرنه خوب اون که نمی‌تونه اعتراضی بکنه و حرفی بزنه» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴).
پرستار دیگری گفت: «وقتی با آموزش دادن به فرد رضایت اونو به دست می‌یاری، احساس خوبی پیدا می‌کنی» (مشارکت‌کننده شماره ۵).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که عوامل متعددی در آموزش به بیمار مؤثر می‌باشند که این عوامل را ادراک پرستاران در عرصه تبیین کرد. درون‌مایه عوامل سازمانی به عنوان مانعی در آموزش بیمار از مفاهیم موجود استخراج شد. این درون‌مایه در برگیرنده دو بعد بسیار مهم (حمایت ناکافی مدیران و عدم برنامه‌ریزی مناسب) بود. پرستاران در مطالعه حاضر اعتقاد داشتند که مورد حمایت کافی از طرف مدیران قرار نمی‌گیرند و بازخورد مثبتی در قبال عملکرد حرفه‌ای از جمله آموزش به بیمار دریافت نمی‌کنند و این عامل باعث کاهش انگیزه آنان می‌شود. نتایج تحقیقات نشان داده است که تشکر و قدردانی و یا حتی دادن یک تقدیرنامه، نیرومندترین و کم‌هزینه‌ترین عامل برای تشویق و ایجاد خودپنداره مثبت و ارضای نیازهای عزت نفس، خودشکوفایی و عامل انگیزش دهنده عملکرد کارکنان می‌باشد که پرستاران پژوهش حاضر از آن بی‌بهره بودند. نتایج مطالعه Blegen و همکاران حاکی از آن بود که مدیران پرستاری باید از روش‌های متعددی برای قدردانی از عملکرد پرستاران استفاده نمایند. از جمله این روش‌ها می‌توان به دادن بازخورد مثبت، تقدیرنامه‌های کتبی و شفاهی از کار خوب یا دستیابی آن‌ها به موفقیت، حمایت‌های عاطفی و مالی برای ادامه تحصیلات، ایجاد فرصت حضور در کارگاه‌ها و کنفرانس‌ها و ایجاد فرصت‌های ارتقا اشاره نمود (۲۵).
عدم برنامه‌ریزی مناسب، از دیگر ابعاد تشکیل دهنده

«مهم‌ترین هدف من اینه که خدا از من راضی باشه... جز اون چیز دیگه‌ای نمی‌خوام» (مشارکت‌کننده شماره ۴).
«وقتی یک مریض را از خودم راضی می‌بینم و احساس می‌کنم دعای مریض پشت سر من هست و از خیلی قضا و قدرها در زندگی‌ام جلوگیری می‌شه، می‌فهمم من به جایی دست کسی را گرفتم که الان در این موقعیت دست من گرفته می‌شه. من در کار کردن رضایت بیمار و رضایت خدا را در نظر می‌گیرم. وقتی به جنبه‌های معنوی کارم فکر می‌کنم، مشکلات از یادم می‌ره و احساس خوبی پیدا می‌کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

«آخه اون دنیا هم هست... من بیشتر به خاطر خدا کار می‌کنم تا...» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

بعد دیگر از عوامل فردی و تسهیل‌کننده آموزش به بیمار در تجارب پرستاران، تمایلات انسان‌دوستانه بود که شامل ویژگی‌های عشق ورزیدن به بیمار به عنوان یک انسان، لذت بردن از کمک‌رسانی به هم‌نوع و مقصر محسوب نکردن بیمار در تجربه مشکلات کاری می‌باشد. در واقع، به نظر می‌رسد با توجه به این که هدف حرفه پرستاری یعنی کمک‌رسانی به مددجویان با اهداف درونی و شخصی پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق (تمایل ذاتی به کمک‌رسانی به عنوان ویژگی شخصی و فردی پرستاران) منطبق بود، این نیرو به عنوان موتور محرکه عمل می‌کند و باعث معنی‌داری و مهم شمرده شدن وظیفه پرستاری و آموزش می‌گردد. این احساسات به حدی پاک، قوی و ارزشمند بود که با وجود مشکلات و استرس‌های محیط کار، پرستاران را تشویق به ادامه کار و خدمت‌رسانی می‌کرد و مشارکت‌کنندگان با داشتن تمایلات انسان‌دوستانه، مشکلات خود و محیط کار را نادیده می‌گرفتند و سلامتی و رفاه بیمار را ترجیح می‌دادند و در واقع، نوعی از خودگذشتگی نشان می‌دادند. بیانات مشارکت‌کنندگان در ادامه آمده است.

«نتیجه کار پرستاری به چیز دیگه است و قابل مقایسه با هیچ شغل دیگری نیست. چون به حیات به انسان دیگه کمک می‌کنی و این فوق‌العاده است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷).
پرستار دیگری بیان کرد: «بیمار که مقصر و عامل

نسبت به پرستاری در کشور وجود دارد؛ به طوری که عموم مردم تصور درستی از حرفه پرستاری ندارند و حتی پرستار را دستیار پزشک می‌دانند (۲۸). این یافته نشان می‌دهد که پرستاران باید با انجام مراقبت‌های تخصصی و دادن آموزش به بیمار و خانواده او، آگاهی جامعه را افزایش دهند و به معرفی صحیح حرفه خود از طریق رسانه‌ها و سایر امکانات اقدام نمایند.

نکته جالب و قابل تأمل مطالعه حاضر این بود که پرستاران با وجود تجربه موانع سازمانی همچون عدم حمایت کافی مدیران و عدم برنامه‌ریزی مناسب و وجود مشکلات محیطی و فرهنگی، علاقه و انگیزه درونی جهت آموزش به بیمار داشتند و تلاش می‌کردند آموزش را تا حد امکان انجام دهند که درون‌مایه «عوامل فردی» این مطلب را به خوبی تبیین می‌نمود.

پرستاران با اتکا به اعتقادات مذهبی و احساسات انسان‌دوستانه، انگیزش درونی در خود ایجاد می‌کردند و آموزش به بیمار را هرچند ناقص انجام می‌دادند. به نظر می‌رسد پرستارانی که دارای این ویژگی‌های فردی بودند، نگرش متفاوتی به بیمار و خدمات پرستاری داشتند و با دادن معنی مثبت به کارهای خود، همچنان نقش حرفه‌ای آموزش به بیمار را انجام می‌دادند. یافته‌های تحقیقات Taylor و Carr (۲۹) و صدیقی و همکاران (۳۰) نتایج بررسی حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد و نشان دهنده آن است که عقاید مذهبی پرستاران بر روی انگیزش شغلی و دیدگاه‌های آنان بر عملکرد پرستاری تأثیر می‌گذارد و با وجود این انگیزه‌ها، احتمال عملکرد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای در آن‌ها کاهش می‌یابد (۳۰). نتایج پژوهش پدیدارشناسانه نیکبخت نصرآبادی و امامی که به بررسی تجربیات پرستاری در ایران پرداخت نیز نشان داد فقط پرستارانی که با نگرش مذهبی به کار پرستاری پرداخته‌اند، از انگیزه مناسب و کافی جهت بقا در سیستم برخوردار می‌باشند (۳۱).

در مطالعه‌ای که Fagermoen به صورت تحلیل محتوا انجام داد، به این نتیجه رسید که توجه به کرامت انسانی و تمایلات انسان‌دوستانه، برجسته‌ترین ارزش اخلاقی است و

درون‌مایه اصلی عوامل سازمانی به عنوان عامل بازدارنده آموزش به بیمار بر اساس ادراک پرستاران بود. این عامل شامل فقدان امکانات مناسب برای آموزش به بیمار، نبود مطالب کافی و اختصاصی آموزش به بیمار، عدم دسترسی به منابع علمی، به‌روز نبودن پرستاران، عدم تناسب محتوای آموزشی با نیازهای آموزشی کارکنان و نقص آموزش از دانشکده‌ها بود. نتایج تحقیقات مشابه نیز نشان می‌دهد که اغلب پرستاران نسبت به آموزش به بیمار، مسؤولیت‌پذیر هستند، اما عدم وجود تسهیلات لازم و نیروی انسانی کارآموده و نبود وقت و مکان مناسب، مانعی در امر آموزش به شمار می‌رود (۲۶، ۱۹-۱۶). پژوهش واحدیان عظیمی و همکاران نیز کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار را از موانع آموزش به بیمار برشمردند (۲۶).

درون‌مایه دیگری که بر اساس ادراک پرستاران از مطالعه حاضر به دست آمد، عوامل محیطی و فرهنگی تأثیرگذار در آموزش به بیماران بود. شرایط نامناسب محیطی و کاری با شاخص‌هایی مانند کمبود پرستار، کمبود وقت، حجم کاری بالا، اجبار به اضافه کاری و... از عواملی بود که مانع ایفای نقش آموزشی از طرف پرستاران شد. فرهنگ نیز از عوامل تأثیرگذار بر آموزش به بیمار بود که همراه با متغیرهای دیگر ذکر شده، مانع آموزش به بیمار می‌شد. طبق ادراک پرستاران، عدم آگاهی و اعتماد بیماران و همراهان او از تحصیلات آکادمیک و تخصصی پرستاران و به دنبال آن عدم پذیرش آموزش از طرف آنان، مانع ایفای نقش آموزشی می‌باشد. تحقیقات در این زمینه نشان داده است که ویژگی‌های فرهنگی بیمار و خانواده او می‌تواند مانع ایفای نقش حرفه‌ای پرستار گردد. فرهنگ در هر جامعه‌ای بر روند آموزش بیمار اثر می‌گذارد، اما ماهیت و اثر آن با توجه به باورها و اعتقادات و شرایط اجتماعی هر کشور متفاوت خواهد بود (۲۷). Lim و همکاران نیز اعتقادات و ناآگاهی بیماران و خانواده آنان را از موانع ایفای نقش حرفه‌ای برشمردند (۲۷).

پژوهش‌های انجام شده در ایران در این زمینه نشان می‌دهد که با وجود تمام تغییرات اساسی در زمینه توسعه وضعیت پرستاری در کشور، هنوز هم تصور اجتماعی ضعیفی

اثربخش خود، در رسیدن به این هدف گام بردارند. بررسی حاضر نشان داد که پرستاران از انگیزه‌های درونی جهت آموزش به بیمار برخوردار هستند و مدیران می‌توانند با ایجاد محیط کار جذاب، انجام قدردانی از کارکنان، اهمیت دادن به نظرات آنان و برقراری ارتباطات و تعاملات بر اساس احترام متقابل و توجه به نیازهای روانی و عاطفی کارمندان، رضایت شغلی و حس تعهد و مسئولیت‌پذیری پرستاران را افزایش دهند و در نهایت، کیفیت مراقبت‌ها نیز افزایش پیدا کند.

احتیاط در تعمیم‌پذیری، از محدودیت‌های نتایج تمام تحقیقات کیفی است. بنابراین، حداکثر تلاش در زمینه ارتقای استحکام داده‌های مطالعه انجام شد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر مناطق با ویژگی‌های متفاوت سازمانی، فرهنگی و فردی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی پرستاران عزیزی که تجارب ارزنده خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مراقبت اخلاق‌مدار، فلسفه عمومی در بین پرستاران برای ادامه ایفای نقش‌های حرفه‌ای و آموزشی می‌باشد (۳۲).

Chen و همکاران (۳۳) و Ersoy و Altun (۳۴) نیز با انجام تحقیقاتی نتیجه‌گیری کردند که از دیدگاه پرستاران، تمایلات انسان‌دوستانه بالاترین ارزش حرفه‌ای یک پرستار مطلوب می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش به بیمار تحت تأثیر عوامل سازمانی، محیطی- فرهنگی و فردی قرار می‌گیرد. با توجه به تأثیر عوامل متعدد در آموزش به بیمار بر اساس نتایج مطالعه، انجام مداخلات لازم و مهیا نمودن شرایط لازم جهت آموزش به بیمار توصیه می‌شود. آموزش یکی از استانداردهای حرفه‌ای و یکی از نقش‌های اصلی پرستاران و یکی از مسؤولیت‌های اخلاقی آنان به شمار می‌رود. برای ارتقای کیفیت خدمات باید عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده آموزش به بیمار شناخته شود و مدیران با اقدامات و رفتارهای

References

1. Karbaschi K, Farsi Z, Siadati SA. Exploration of the concept of self-care and implications for nurses. Journal of Army Nursing Faculty of the I.R. Iran 2012; 12(1): 13-6. [In Persian].
2. Lavados PM, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, case-fatality rate, and prognosis of ischaemic stroke subtypes in a predominantly Hispanic-Mestizo population in Iquique, Chile (PISCIS project): A community-based incidence study. Lancet Neurol 2007; 6(2): 140-8.
3. Seyedin H, Goharinezhad S, Vatankhah S, Azmal M. Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Med J Islam Repub Iran 2015; 29: 220.
4. Vahedian Azimi A, Alhani FI, Hedayat K. Barriers and facilitators of patient's education. Nurses' Perspectives. Iran J Med Educ 2012; 11(6): 620-34.
5. Arian M, Mortazavi H, TabatabaeiChehr M, Tayebi V, Gazerani A. The comparison between motivational factors and barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers. Education Nursing of Journal 2015; 4(3): 66-77. [In Persian].
6. LaMar K. Compass: The direction for professional nursing development at a tertiary acute care facility. J Nurses Staff Dev 2008; 24(4): 155-9.
7. Lambert VA, Lambert CE. Nurses' workplace stressors and coping strategies. Indian J Palliat Care 2008; 14(1): 38-44.
8. Masters K. Role development in professional nursing practice. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
9. Asadi M, Khorasani G. Diabetic foot. Clin Exc 2013; 1(2): 17-34.
10. Mardanian Dehkordi L, Salahshorian A, Mohammad Alayha J, Hosseini F. Nurses' perception of patient teaching, enhancing and inhibiting factor. Iran J Nurs 2005; 17(40): 18-27. [In Persian].
11. Mardani M, Shahrakivahed A, Rozitalab M. Compare the importance and performance of patient education services in the view zpoint of nurses and patients. J Jahrom Univ Med Sci 2011; 8(13): 49-55. [In Persian].
12. Nabavi F, Vanaki Z. Barriers to Patient Education and ranking nurses. Journal of Nursing and Midwifery, Kerman 2006; 6(1-2): 47-52. [In Persian].

13. Eloranta S, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Orthopaedic patient education practice. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2016; 21: 39-48.
14. Ashghali-Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Obstacles of patient education in CCU and post CCU: A grounded theory study. *Iran J Nurs Res* 2009; 22(58): 55-73.
15. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of patient education: A qualitative study. *Iran J Nurs Res* 2007; 20(49): 51-60.
16. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: Common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns* 2001; 44(1): 7-14.
17. AbuAlRub RF, Alghamdi MG. The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *J Nurs Manag* 2012; 20(5): 668-78.
18. Alavi M, Irajpour A, Giles T, Rabiei K, Sarrafzadegan N. Barriers to education in cardiac rehabilitation within an Iranian society: A qualitative descriptive study. *Contemp Nurse* 2013; 44(2): 204-14.
19. Tromp F, Dulmen S, Weert J. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs* 2004; 47(2): 212-22.
20. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 155.
21. Polit-O'Hara D, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
22. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing. Hoboken, NJ: Wiley; 2002.
23. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
25. Blegen MA, Goode CJ, Johnson M, Maas ML, McCloskey JC, Moorhead SA. Recognizing staff nurse job performance and achievements. *Res Nurs Health* 1992; 15(1): 57-66.
26. Vahedian Azimi A, Payami Bosari M, Gohari Moghaddam K. A survey on nurse's clinical problems in patient education. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(4): 295-305. [In Persian].
27. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Singaporean nurses: A literature review. *Nurs Health Sci* 2010; 12(2): 251-8.
28. Gholamzadeh S, Sharif F, Rad FD. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(1): 41-6.
29. Taylor EJ, Carr MF. Nursing ethics in the seventh-day adventist religious tradition. *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 707-18.
30. Sodeify R, Vanaki Z, Mohammadi E. Psychological empowerment in Iranian clinical nurses. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2012; 20(2): 6-56. [In Persian].
31. Nikbakht Nasrabadi A, Emami A. Perceptions of nursing practice in Iran. *Nurs Outlook* 2006; 54(6): 320-7.
32. Fagermoen MS. Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs* 1997; 25(3): 434-41.
33. Chen CK, Lin C, Wang SH, Hou TH. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *J Nurs Res* 2009; 17(3): 199-211.
34. Ersoy N, Altun I. Professional and personal values of nursing in Turkey. *Eubios J Asian Int Bioeth* 1998; 8: 72-5.

Nurses' Perception of the Factors Affecting Patient Education: A Qualitative Content Analysis

Roghieh Sodeify¹

Original Article

Abstract

Introduction: Patient education is one of the fundamental and valuable components in professional nursing performance which indicates professional development. The aim of the present study was to clarify nurses' viewpoints on factors affecting patient education.

Method: This was a qualitative research in which twenty nurses were selected through purposive sampling. Data collection was done using deep interview with semi-structural questions. All interviews were first recorded, then transcribed. Finally, the data were analyzed using constant comparative technique through conventional content analysis.

Results: Three main themes with six subcategories were extracted. The main themes were “organizational factors”, “personal factors”, and “cultural and environmental factors”.

Conclusion: Regarding the research findings, some of the affective factors in patient education were determined through nurses' perspectives. Therefore, it is recommended to perform careful management and organizational interventions, and provide necessary conditions for patient education.

Keywords: Patient education, Clinical nurse, Qualitative research

Citation: Sodeify R. Nurses' Perception of the Factors Affecting Patient Education: A Qualitative Content Analysis. J Qual Res Health Sci 2018; 7(1): 1-10.

Received date: 06.02.2016

Accept date: 01.08.2017

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Khoy Branch, Islamic Azad University, Khoy, Iran
Corresponding Author: Roghieh Sodeify, Email: sodeify@yahoo.com